

# **UPAYA PERAWATAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN STROKE**



**Disusun sebagai salah satu syarat Menyelesaikan Program Studi Diploma III  
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Disusun oleh:**

**ALFI LAILIATUS ZAHROH MASKUN**

**J 200 140 086**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADYAH SURAKARTA  
2017**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**UPAYA PERAWATAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN  
STROKE**

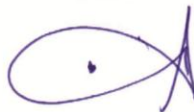
PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

**ALFI LAILIATUS ZAHROH MASKUN**  
**J200140086**

Telah diperiksa dan disetujui oleh:

Dosen Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop followed by a vertical line and a small cross at the end.

**Dian Hudiyawati, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIK. 1272**

HALAMAN PENGESAHAN


UPAYA PERAWATAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN  
STROKE



1. Dian Hudiawati, S.kep., Ns., M.Kep  
(Dewan Penguji)
2. Arina Maliya, S.Kep., Ns., M.Si.Med  
(Dewan Penguji)

(.....)

(.....)

Dekan,  
  
Dr. Suwaji, M.Kes  
NIP : 195311231983031002

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidak benaran dalam pernyataan saya diatas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 07 April 2017

Penulis



**ALFI LAILIATUS ZAHROH M**

**J 200 140 086**

## UPAYA PERAWATAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN STROKE

### Abstrak

**Latar belakang :** Prevalensi stroke di dunia berdasarkan data WHO 2011 sekitar 20,5 juta jiwa. Menurut Dinkes Provinsi Jawa Tengah (2012), prevalensi stroke sebesar 0,07% lebih tinggi daripada tahun 2011 yaitu 0,03%. Prevalensi dekubitus yang dilaporkan di rumah pada rentang 12,9% sampai dengan 19% dan di Indonesia hampir mencapai 25% penderita stroke yang terkena dekubitus. Dekubitus adalah kerusakan kulit disebabkan penekanan terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi. Dekubitus perlu penanganan segera dari tenaga kesehatan dikarenakan berpotensi menyebabkan beberapa komplikasi seperti abses, osteomielitis, bakteremia dan fistula. Tindakan utama yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan tindakan mandiri atau nonfarmakologi salah satunya adalah alih baring 2-3 jam sekali. **Tujuan :** penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan untuk diagnosa kerusakan integritas kulit pada pasien stroke. **Metode :** penulis melakukan penelitian menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus di ruang HCU dari tanggal 17-19 februari 2017. Langkah yang dilakukan yaitu mengumpulkan data, menganalisa data, membuat diagnosa keperawatan, membuat intervensi, melaksanakan tindakan keperawatan dan membuat evaluasi keperawatan. **Hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit membaik dengan tindakan meliputi kaji luka berdasarkan karakteristik luka, lakukan perawatan luka, lakukan pemberian lotion atau minyak, lakukan massase, dan lakukan alih baring 2-3 jam sekali. Tindakan tersebut memiliki pengaruh untuk proses penyembuhan luka. **Kesimpulan :** Masalah kerusakan integritas kulit teratasi sebagian sehingga memerlukan intervensi lanjutan untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan.

**Kata kunci :** Kerusakan integritas kulit, dekubitus, asuhan keperawatan

### Abstract

**Background :** Stroke prevalency in the world according the data of WHO in about 20,5 million peoples. According to Dinkes in Central Java Province in yeaar 2012, stroke prevalency about 0,07% higher than in the year 2011 about 0,03%. Decubitus prevalency which is reported in each home around 12,9% to 19%, and in Indonesia has been reported about 25% persons committed decubitus. Decubitus is referred to such an illness or skin destruction caused by over stressing, so tha make the effect of sirculation disruption. Decubitus must be handled soon from every medical forces potentially causing for such more complication like absecity, osteomielitis, bakteremia and fistula. This main action can be done by a nurses, using non

*pharmacology therapy, example : reposition for about 2-3 hours in a day. **Objective** : the author purpose can provided an overview of nursing care for diagnosing the skin integrity damage for patients who are committed stroke. **Methods** : the author has made research using descriptive method with care study approach in HCU rooms on february 17-19 2017. Steps which are passed : collecting the data, analyzing data, making medical care diagnosis, making intervension, doing the care action, and making care evaluation. **Result** : after making many care action for 3x24 hours, it is suggested that the skin integrity damage will be better with some of the acts like assessing the disease according to the characteristic of disease, treatment for the disease, giving lotion or oil, massaging, and reposition 2-3 hours a day. Those action makes the effect on the process of recovering the disease. **Summary** : the problems of skin damage can be solved half way so that it needs more interventions to reach the criteria of results which is made to be happen.*

**Key words** : Skin integrity impaired, decubitus, nursing care.

## **1. PENDAHULUAN**

Prevalensi stroke di dunia menurut WHO pada tahun 2011 sekitar 20,5 juta jiwa. Morbiditas penyakit stroke sekitar 30% - 35% penduduk adalah meninggal akibat stroke, dan kemungkinan kecacatan mayor pada orang yang selamat adalah 35% - 40% penduduk. Morbiditas stroke di Indonesia sebanyak 28,5% penderita yang meninggal dunia dan sisanya sebanyak 56,5% menderita kelumpuhan sebagian atau total. Hanya 15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Nasution, 2013).

Prevalensi stroke di Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Riset Kesehatan pada tahun 2015 jumlah stroke hemoragik sebanyak 4.558 dan stroke non hemoragik sebanyak 12.795. Jumlah kasus stroke hemoragik tahun 2015 tertinggi terdapat di Kota Kebumen sebesar 588 kasus, urutan kedua terdapat di Kabupaten Demak sebesar 556 kasus, urutan yang ketiga terdapat di Kota Surakarta sebesar 365 kasus, untuk urutan yang keempat terdapat di Boyolali sebesar 320 kasus dan urutan kelima yaitu Sragen sebesar 287 kasus.

Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun. Umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan. Pada umumnya, penyakit stroke ini tidak ada gejala dini dan muncul begitu mendadak. Menurut definisi WHO (*World Health Organization*) menetapkan bahwa defisit neurologik yang timbul semata-mata karena penyakit pembuluh darah bukan dari sebab yang lain (Misbach, 2007).

Stroke terdiri dari stroke non hemoragik dan stroke hemoragik yang berdasarkan patofisiologinya. Stroke non hemoragik adalah tipe stroke yang paling sering terjadi, hampir 80% dari semua stroke. Disebabkan oleh gumpalan atau sumbatan lain pada arteri yang mengalir ke otak. Pada pasien terdapat kelemahan anggota gerak dan paresis nervus VII dan XII yang mengarah pada stroke non hemoragik. Sehingga diperlukan penanganan segera untuk menghindari komplikasi lebih lanjut (Lloyd-Jones et al, 2009). Menurut Mardjono, terdapat beberapa faktor resiko terjadinya stroke non hemoragik, antara lain : usia lanjut >60 tahun, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak (Nasution, 2013).

Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah ke otak bergantung pada berat ringannya gangguan lokasi. Gejala utama stroke non hemoragik ialah timbulnya defisit neurologik secara mendadak, didahului gejala prodromal, terjadi waktu istirahat atau bangun tidur dan kesadaran biasanya tidak menurun (Nasution, 2013).

Menurut Marinson, manifestasi klinis penyakit stroke pada pasien yaitu mengalami immobilitas. Akibatnya penderita stroke ini memiliki resiko terjadinya luka dekubitus selama perawatan (Simanjuntak & Sirait, 2013). Dikarenakan terdapat salah satu bagian tubuh berada pada suatu gradien (titik perbedaan antara dua tekanan), jaringan yang lebih dalam dan dekat dengan tulang, terutama jaringan otot dengan suplai darah yang baik, akan bergeser dan tetap dipertahankan pada permukaan kontak karena adanya peningkatan friksi yang juga didukung oleh kelembaban.

Kondisi tersebut menyebabkan peregangan dan angulasi pembuluh darah (mikrosirkulasi) yang dalam serta mengalami gaya geser jaringan yang dalam, hal ini akan menjadi iskemia dan dapat mengalami nekrosis sebelum berlanjut ke kulit (Al Rasyid & Misbach, 2015).

Angka prevalensi dekubitus yang dilaporkan di ruangan ICU salah satu rumah sakit mencapai 33% (Bhoki, et. al, 2014). Di Asia, negara Korea, kejadian luka dekubitus meningkat dari 10% sampai dengan 45% (Tarirohan, et. al, 2010). Di Amerika mencapai 15%, di Indonesia hampir mencapai 25% penderita stroke yang terkena dekubitus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama hari rawat dalam terjadinya luka dekubitus pada pasien immobilisasi 88,8% muncul luka dekubitus dengan rata-rata lama hari rawat pada hari kelima perawatan. Indikator standar mutu pelayanan rumah sakit oleh WHO, diadopsi oleh Depkes RI 2001 ditetapkan bahwa sasaran target mutu dekubitus 0% (Tarirohan, et. al, 2010).

Dekubitus adalah rusaknya atau matinya kulit sampai jaringan di bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi setempat. Dekubitus suatu luka akibat posisi penderita tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (Sunaryanti, 2014). Sehingga menyebabkan penyumbatan aliran darah akibat tertekan terus menerus. Selain itu, dekubitus bisa disebabkan oleh paparan keringat, darah, urin, dan feses (Al Rasyid & Misbach, 2015).

Berdasarkan uraian data di atas disimpulkan bahwa dekubitus merupakan masalah pada integritas kulit. Kerusakan integritas kulit memerlukan penanganan dan perhatian khusus oleh tenaga kesehatan. Masalah keperawatan tersebut dapat dicegah dengan penatalaksanaan perawat memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada asuhan keperawatan pada pasien stroke. Hal penting yang perlu diketahui dalam asuhan keperawatan pada kerusakan integritas



kulit pada pasien stroke adalah penanganan non farmakologi dan farmakologi seperti tirah baring 2 jam sekali, memberikan lotion, baby oil atau minyak pada daerah yang tertekan, memakai pakaian yang longgar, menghindari kerutan pada tempat tidur, massase kulit yang dapat mereduksi penekanan jaringan yang efektif untuk mencegah dekubitus dan menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Pentingnya penanganan dekubitus, dikarenakan berpotensi menyebabkan beberapa komplikasi seperti abses, osteomielitis, bakteremia dan fistula. Dekubitus perlu penanganan dengan segera agar tidak terjadi komplikasi, maka penulis akan membahas tentang pencegahan dan perawatan integritas kulit pada pasien stroke. Berdasarkan data yang diperoleh dan dipaparkan oleh penulis akan mengambil kasus untuk Publikasi Ilmiah dengan judul “Upaya Perawatan Integritas Kulit pada Pasien Stroke”.

## **2. METODE**

Penulis mengambil kasus dari tanggal 17 januari 2017 sampai tanggal 19 Februari 2017 di ruang HCU (*High Care Unit*). Metode yang digunakan dalam pengambilan kasus adalah diskriptif dengan pendekatan studi kasus pada Ny.W. Sumber data pada pengkajian didapatkan dari observasi serta wawancara seperti keluarga pasien, catatan keperawatan, serta tim kesehatan lainnya. Data yang mendukung terhadap kasus tersebut adalah data laboratorium, riwayat dahulu, keadaan luka pasien.

Perawatan dan pencegahan luka dekubitus membutuhkan bahan dan alat. Bahan yang digunakan untuk perawatan luka adalah NaCl 0,9% dan baby oil atau minyak. Alat yang digunakan berupa kassa steril, pinset cirugis steril, pinset anatomi steril, gunting nekrotomi, bengkok, perlak pengalas, handscoon (steril dan bersih), bak steril, spuit 5 cc.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1. Hasil

Pasien bernama Ny. W berusia 62 tahun, berjenis kelamin perempuan dan sebagai ibu rumah tangga. Pasien masuk dengan diagnosa medis yaitu Stroke. Riwayat penyakit sekarang yaitu pada saat pengkajian dengan keluarga pada hari jumat tanggal 17 Februari 2017 didapatkan data, sewaktu di rumah pada pukul 17.30 WIB saat mau makan dengan posisi duduk pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tiba-tiba atau tanpa gejala kemudian keluarga membawa pasien ke IGD pada hari selasa tanggal 14 Februari 2017 jam 20.10 WIB. Pasien diperiksa oleh dokter jaga dengan GCS (*Glasgow Coma Scale*) E2M5V2, keadaan umum pasien lemah, GDS 89 mg/dl, tekanan darah (TD) 120/90 mmHg, nadi 84 kali permenit, suhu 36,7 C dan RR (*Respiratory Rate*) 20 kali permenit. Pasien mendapatkan terapi O2 sebanyak 3 liter permenit, D40% 1 flabot dan kembali dicek GDS menjadi 110mg/dl, infus RL 15 tpm, dan injeksi ranitidin 50 mg. Pasien di pindahkan ke HCU (*High Care Unit*) pada hari jumat tanggal 17 february 2017 pada jam 10 pagi dengan kesadaran mulai meningkat, GCS (*Glasgow Coma Scale*) E2M5V2, keadaan umum pasien lemah.

Pada tanggal 17 januari 2017 atau pada hari kelima pasien dirawat, penulis melakukan pengkajian di ruang HCU(*High Care Unit*). Keluarga pasien mengatakan terdapat luka pada leher dan paha sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah dirawat di rumah sakit dengan diagnosa yang sama yaitu stroke, pertama sekitar 3 bulan yang lalu, yang kedua sekitar sebulan yang lalu, dan yang terakhir pada sekarang ini. Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan stroke seperti hipertensi, Diabetes Melitus, pasien juga tidak memiliki alergi. Pemeriksaan fisik didapatkan data yaitu keadaan umum pasien lemah, kesadaran tidak terukur, GCS (*Glasgow Coma Scale*) E3M5V2, berat badan (BB) kurang lebih 55 kg. Berdasarkan 11 pola fungsi Gordon didapatkan data pada pola nutrisi yaitu pasien

mendapatkan makanan melalui selang NGT. Pola aktivitas pasien bergantung pada orang lain. Tanda-tanda vital (TTV) didapatkan hasil sebagai berikut tekanan darah (TD) 110/70 mmHg, nadi 74 kali permenit, suhu 37,3 C dan RR (*Respiratory Rate*) 23 kali permenit. Turgor kulit lembab, pada leher terdapat luka dekubitus yang panjang sekitar 3 cm, warna kuning, tidak terdapat *pus* (nanah), pada ekstremitas bawah ditemukan luka dekubitus pada paha sebelah kanan dengan panjang 3 cm, lebar 2 cm, warna kemerahan, tidak ada *pus* (nanah), tidak berbau, dan pada keduanya tidak terdapat jaringan mati (nekrosis). Skala Braden mendapat skore 14 yang berarti resiko tinggi terjadinya luka dekubitus. Skala braden meliputi persepsi sensori yang mendapatkan nilai 3 yang berarti pasien mengerti atau memahami dengan perintah verbal, kelembaban mendapatkan nilai 3 yang berarti pasien memiliki kulit yang lembab dan diperlukan untuk mengganti pengalas tidur 2x sehari, aktivitas mendapatkan nilai 1 yang berarti pasien melakukan aktivitas hanya dengan tirah baring di tempat tidur, mobilisasi mendapatkan nilai 2 yang berarti pasien tidak bisa melakukan aktivitas tanpa adanya bantuan dengan keluarga hanya bisa menggerakkan tangan kanan, nutrisi mendapatkan nilai 3 yang berarti pasien mendapatkan nutrisi yang cukup dan memadai, dan yang terakhir gesekan mendapatkan nilai 2 yang berarti jika mau merubah posisi pasien masih menyeret atau terkena gesekan pada tempat tidur.

Hasil pemeriksaan lain yaitu data penunjang laboratorium tanggal 14 januari 2017 didapatkan hasil hemoglobin (Hb) 9,0 g/dl (12-14 gr/dl), leucocyte 1.9 ribu/ul (5-10 ribu/ul), eritrosit 3,21 jt/ul (4-5 jt/ul), hematokrit 27,5% (37-43 %), asam urat 6,2 mg/dl (2,4-5,7 mg/dl), glukosa sewaktu 110,6 mg/dl (<160 mg/dl) dan albumin 3,2 g/dl (3,6-4,4 g/dl). Tanggal 18 januari 2017 didapatkan hasil yaitu hemoglobin (Hb) 10,1 g/dl (12-14 gr/dl), leucocyte 4,4 ribu/ul (5-10 ribu/ul), eritrosit 3,6 jt/ul (4-5 jt/ul), hematokrit 30,3% (37-43%), dan GDS 151 mg/dl (<200 mg/dl). Selain itu, Ny. W mendapatkan terapi perenteral seperti Ringer Laktat 15 tpm, levofloxacin 500 mg/24 jam, ranitidin 50 mg/12jam, piracetam

3gr/8jam, citicolin 2mg/12jam, methhyl prednisolon 30mg/8jam. Terapi oral ondancetron 250 mg 3x1, Antasid 250mg 3x1, serta mendapat terapi enteral yaitu diit berupa susu sebanyak 200 ml ditambah dengan air mineral sebanyak 100 ml melalui selang NGT.

Analisa data didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan Ny.W terdapat luka pada leher dan paha sebelah kanan. Data objektif didapatkan hasil yaitu keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran tidak terukur, turgor kulit lembab, pada leher terdapat luka dekubitus yang panjang sekitar 3 cm, warna merah, tidak terdapat *pus* (nanah), pada ekstremitas bawah ditemukan luka dekubitus pada paha sebelah kanan dengan panjang 3 cm, lebar 2 cm, warna kemerahan, tidak ada *pus* (nanah), tidak berbau, pada keduanya tidak terdapat jaringan nekrosis dan tidak terdapat edema, skala Braden mendapat skor 14. Berdasarkan data hasil pengkajian diatas maka penulis menegaskan diagnosa keperawatan yang ditemukan adanya kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik).

Penulis melakukan upaya penanganan kerusakan integritas kulit dan pencegahan kulit yang belum terjadi kerusakan. Kerusakan integritas kulit yaitu jaringan epidermis dan dermis mengalami perubahan (NOC, 2013). Intervensi keperawatan berdasarkan yang akan dilakukan pada Ny.W , dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan faktor mekanik (imobilitas fisik) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil kondisi kulit di luka dekubitus tetap utuh, kondisi tepi luka tidak ada nekrosis, dan tidak ada bekas luka. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan meliputi kaji luka dengan karakteristik, lakukan perawatan luka dengan perawatan luka, lakukan massase kulit, lakukan tirah baring pasien setiap 2 jam sekali, pemberian lotion atau baby oil pada daerah yang terluka. Hal ini juga dijelaskan pada teori , intervensi keperawatan meliputi kaji luka dengan karakteristik seperti lokasi, luas, kedalaman, karakter eksudat, ada tidaknya granulasi, ada tidaknya jaringan nekrosis,

tanda-tanda infeksi, perluasan luka, lakukan massase kulit, lakukan tirah baring pasien setiap 2 jam sekali, pemberian lotion atau baby oil pada daerah yang terluka (Wilkinson & Ahern, 2011). Adapun juga intervensi alih baring (reposisi) dijelaskan dalam penelitian yang mengatakan reposisi merupakan tindakan efektif pengurangan resiko tinggi dekubitus bagi yang sudah terkena dekubitus (Gardiner, et. al, 2008). Selain untuk perawatan, Alih baring (reposisi) setiap 2 jam merupakan tindakan terbaik untuk pencegahan resiko dekubitus (Gardiner, et all, 2008)

Tahap selanjutnya yaitu implementasi. Tindakan implementasi dilakukan pada tanggal 17-19 februari 2017 dan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Tindakan pertama yang dilakukan yaitu mengkaji luka. Pengkajian luka dilakukan pada hari jumat tanggal 17 januari 2016 jam 11.00 WIB dan pengkajian selanjutnya dilakukan pada saat perawatan luka. Hasil yang didapatkan dari pengkajian yaitu terdapat luka dekubitus pada area leher yang panjang sekitar 3 cm, warna kemerahan, tidak terdapat *pus* (nanah), tidak ada jaringan mati (nekrosis), pada ekstremitas bawah di area paha sebelah kanan ditemukan luka dekubitus pada paha sebelah kanan dengan panjang 3 cm, lebar 2 cm, warna kemerahan, tidak ada *pus* (nanah), tidak berbau serta tidak ada edema dan tidak ada jaringan mati (nekrosis).

Tindakan yang kedua yaitu melakukan perawatan luka. Perawatan luka dilakukan setiap hari setiap pagi pada pukul 09.00 atau 09.15 WIB. Keluarga pasien mengatakan bersedia untuk dilakukannya tindakan perawatan luka tersebut. Perawatan luka dilakukan untuk mencegah penyebaran infeksi. Pasien tampak menahan sakitnya yang terlihat dari raut wajah pasien. Keadaan luka pasien pada leher berwarna merah, dengan panjang 3 cm, tidak terdapat *pus* (nanah), tidak ada jaringan mati dan pada ekstremitas bawah di area paha sebelah kanan ditemukan luka dekubitus pada paha sebelah kanan dengan panjang 3 cm, lebar 2 cm, warna kemerahan, tidak ada *pus* (nanah), tidak berbau serta tidak ada edema maupun jaringan mati (nekrosis).

Tindakan yang ketiga pada pukul 09.20 WIB atau setelah perawatan luka dilanjutkan dengan pemberian lotion atau minyak atau baby oil pada area yang terluka yaitu pada area leher dan paha sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan tindakan tersebut. Pemberian lotion atau minyak atau baby oil dilakukan pada daerah yang terluka. Daerah itu meliputi leher dan paha sebelah kanan.

Tindakan yang keempat pada pukul 09.30 WIB yaitu melakukan massase kulit. Massase ini dilakukan setiap hari pada pagi hari setelah melakukan perawatan luka. Sebelum dilakukan massase, keluarga pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan massase kulit dan dari data objektif pasien terlihat rileks dan nyaman saat dilakukan tindakan massase.

Tindakan yang kelima pada pukul 10.00 WIB yaitu melakukan alih baring. Alih baring ini dilakukan setiap 2 jam sekali selama 3 hari. Hasil data subjektif adalah keluarga pasien mengatakan mau melakukan alih baring setiap 2 jam sekali dan data objektif yang didapat adalah pasien tampak lemas dan dibantu dalam mobilisasi (alih baring).

Evaluasi luka tekan pada area leher dan paha sebelah kanan selama tiga hari yaitu didapatkan hasil pada hari pertama dan kedua luka dekubitus berwarna kemerahan, panjang 3 cm, tidak terdapat *pus* (nanah), tidak ada jaringan mati dan pada ekstremitas bawah di area paha sebelah kanan ditemukan luka dekubitus pada paha sebelah kanan dengan panjang 3 cm, lebar 2 cm, warna kemerahan, tidak ada *pus* (nanah), tidak berbau serta tidak ada edema. Dan pada hari ketiga luka dekubitus pada area leher masih berwarna kemerahan dengan panjang menjadi 2,5 cm, tidak terdapat *pus* (nanah), tidak ada jaringan mati (nekrosis) dan pada ekstremitas bawah area paha sebelah kanan luka dekubitus berwarna kemerahan, luka belum tertutup dengan panjang 3 cm, lebar 2 cm, tidak ada *pus* (nanah), tidak terdapat jaringan mati (nekrosis) serta tidak ada edema. *Assesment* (A) yaitu masalah pada kerusakan integritas kulit teratasi sebagian pada area leher yang mengalami pengurangan panjang luka dari 3 cm menjadi 2,5 cm dengan warna merah, pada area paha warna masih kemerahan, luka

belum tertutup dengan panjang 3cm lebar 2cm, masih terdapat bekas luka untuk keduanya serta tidak terdapat jaringan mati (nekrosis) untuk keduanya. *Planning* (P) yaitu lanjutkan intervensi seperti monitoring luka, perawatan luka, pemberian lotion atau minyak, lakukan massase kulit, ubah alih baring setiap 2-3 jam sekali.

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah data yang dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan, fungsional serta pola respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian terdapat dua tahap yaitu mengumpulkan data dan analisis data. Pengumpulan data didapatkan dari sumber primer (klien) maupun sekunder (keluarga, tenaga kesehatan, rekam medis). Selanjutnya, penegakan diagnosa berisi berbagai masalah berdasarkan pada analisis data (Potter & Perry, 2009).

Pemeriksaan fisik terhadap kulit ditemukan luka dekubitus pada area leher dan paha. Pada penelitian terdapat area yang beresiko untuk terkena dekubitus yaitu bokong sebesar 50%, sakrum sebesar 25% dan oksipital sebesar 25% (Alfiyanti, et. al, 2012). Selain itu, juga disebutkan pada penelitian yang sama yang mengatakan bahwa terdapat 5 presentase area terbesar resiko terjadinya luka dekubitus yaitu terjadi di area bokong (16,86%), leher (10,42%), perineum (6,36%), oksiput (6,02%), dan sacrum (5,96%) (Alfiyanti, et. al, 2012). Selain pengkajian yang didapatkan sesuai dengan teori itu, pemeriksaan secara inspeksi dan palpasi difokuskan pada warna kulit, turgor kulit, dan adanya edema (Barbara, Audrey, & Snider, 2010). Hasil yang ditemukan pada pasien yaitu warna luka dan kulit sekitar luka kemerahan (eritema) pada area paha, luka berwarna merah pada area leher, tidak terdapat *pus* (nanah) pada area keduanya, turgor kulit kembali <2 detik dalam batas normal, turgor kulit lembab, tidak adanya edema, dan tidak adanya jaringan mati (nekrosis). Edema tidak terjadi sehingga hasil menunjukkan ketidaksesuaian dengan teori yang

ada. Pengukuran menggunakan skala Braden mendapatkan skor 14. Skala braden meliputi persepsi sensori yang mendapatkan nilai 3 yang berarti pasien mengerti atau memahami dengan perintah verbal, kelembaban mendapatkan nilai 3 yang berarti pasien memiliki kulit yang lembab dan diperlukan untuk mengganti pengalas tidur 2x sehari, aktivitas mendapatkan nilai 1 yang berarti pasien melakukan aktivitas hanya dengan tirah baring di tempat tidur, mobilisasi mendapatkan nilai 2 yang berarti pasien tidak bisa melakukan aktivitas tanpa adanya bantuan dengan keluarga hanya bisa menggerakkan tangan kanan, nutrisi mendapatkan nilai 3 yang berarti pasien mendapatkan nutrisi yang cukup dan memadai, dan yang terakhir gesekan mendapatkan nilai 2 yang berarti jika mau merubah posisi pasien masih menyeret atau terkena gesekan pada tempat tidur. Disimpulkan bahwa pasien mempunyai resiko tinggi terjadi dekubitus. Hal ini juga dibenarkan berdasarkan penelitian yang menyatakan bahwa skor 11-15 merupakan resiko tinggi luka dekubitus (Mufarika, 2014). Berdasarkan uji realibilitas menyatakan skala Braden lebih efektif dalam memprediksi resiko dekubitus di ruang ICU. (Bhoki, et. al, 2014).

Hasil pemeriksaan lain yaitu data penunjang laboratorium tanggal 14 januari 2017 didapatkan hasil hemoglobin (Hb) 9,0 g/dl (12-14 gr/dl), leucocyte 1.9 ribu/ul (5-10 ribu/ul), eritrosit 3,21 jt/ul (4-5 jt/ul), hematokrit 27,5% (37-43 %), asam urat 6,2 mg/dl (2,4-5,7 mg/dl), glukosa sewaktu 110,6 mg/dl (<160 mg/dl), dan albumin 3,20 g/dl (3,6-4,4 g/dl). Tanggal 18 januari 2017 didapatkan hasil yaitu hemoglobin (Hb) 10,1 g/dl (12-14 gr/dl), leucocyte 4,4 ribu/ul (5-10 ribu/ul), eritrosit 3,6 jt/ul (4-5 jt/ul), hematokrit 30,3% (37-43%), dan GDS 151 mg/dl (<200 mg/dl).

Pemeriksaan lain yang mendukung adalah laboratorium. Pemeriksaan yang menunjang dalam hal ini yaitu hemoglobin dan albumin (Black & Hawks, 2014). Pemeriksaan hemoglobin menunjukkan adanya peningkatan walaupun masih dibawah batas normal dalam dua kali dilakukan pemeriksaan. Selanjutnya, hasil pemeriksaan albumin menunjukkan angka dibawah batas normal adalah keadaan hipoalbumin.



Pemeriksaan hemoglobin dan albumin dapat mempengaruhi kecepatan proses penyembuhan dalam keadaan anemia dan hipoalbumin (Mubarak, et. al, 2015).

### **3.2.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon aktual atau potensial terhadap masalah kesehatan pada individu, keluarga atau komunitas. Tahap kedua dalam proses keperawatan ini berfokus pada masalah kesehatan yang aktual atau potensial dibandingkan keadaan fisiologis, komplikasi, atau penyakit (Potter & Perry, 2009).

Dekubitus terjadi karena beberapa faktor. Hal ini dapat terjadi pada setiap tahap umur dan merupakan masalah, khususnya pada mereka dengan immobilitas yaitu pada pasien stroke, injury tulang belakang atau penyakit degeneratif (Simanjuntak & Sirait, 2013). Berdasarkan data yang didapatkan, diagnosa keperawatan yang muncul yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik). Keadaan klien yang memungkinkan terjadinya dekubitus adalah pasien yang mengalami immobilitas dikarenakan adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi setempat. Sedangkan menurut definisi lain dekubitus merupakan suatu luka yang diakibatkan oleh posisi penderita tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (Sunaryanti, 2014). Hal ini juga berdasarkan pada teori lain yang mengatakan immobilitas penyebab luka dekubitus dikarenakan salah satu bagian tubuh berada pada suatu gradien (titik perbedaan antara dua tekanan), jaringan yang lebih dalam dan dekat dengan tulang, terutama jaringan otot dengan suplai darah yang baik, akan bergeser dan tetap dipertahankan pada permukaan kontak karena adanya peningkatan friksi yang juga didukung oleh kelembaban. Kondisi tersebut menyebabkan peregangan dan angulasi pembuluh darah (mikrosirkulasi) yang dalam serta mengalami gaya geser jaringan yang dalam, hal ini akan menjadi iskemia dan dapat mengalami nekrosis sebelum berlanjut ke kulit (Al Rasyid & Misbach, 2015).

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah tindakan perawat yang dilakukan berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis untuk meningkatkan perawatan klien (Potter & Perry, 2009). Tahap ini harus memperhatikan beberapa hal yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil dan merencanakan tindakan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil kondisi kulit di luka dekubitus tetap utuh, kondisi tepi luka tidak ada nekrosis, dan tidak ada bekas luka.

Intervensi yang dilakukan untuk penatalaksanaan yang pertama adalah kaji luka dekubitus dengan karakteristik luka meliputi luas, kedalaman, karakter eksudat, ada tidaknya granulasi, ada tidaknya jaringan nekrosis, tanda-tanda infeksi, perluasan luka. Hal tersebut dijelaskan juga pada teori yang mengatakan kaji luka dengan karakteristik meliputi luas, kedalaman, karakter eksudat, ada tidaknya granulasi, ada tidaknya jaringan nekrosis, tanda-tanda infeksi, perluasan luka (Wilkinson & Ahern, 2011). Kedua, lakukan perawatan luka dengan perawatan luka yang bertujuan untuk proses penyembuhan luka lebih cepat. Hal tersebut dijelaskan pada teori, perawatan luka bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka (Mubarak, 2015). Ketiga, lakukan pemberian lotion atau minyak. Tujuan dari pemberian lotion atau minyak ini untuk menjaga kulit tetap terjaga kelembaban dan tidak kering. Kulit yang kering akan menyebabkan kerusakan jaringan konektif. Sehingga dibuat intervensi pemberian lotion untuk menjaga agar kulit tetap terlumasi (Sunaryanti, 2014). Menurut penelitian Sunaryanti (2014), juga menyebutkan bahwa minyak kelapa merupakan pelembab alami yang membantu kulit tetap muda. Hal tersebut diperjelas pada teori yang mengatakan bahwa minyak kelapa melindungi luka dari bakteri, debu dan virus serta mempercepat penyembuhan luka dengan memperbaiki jaringan tubuh yang rusak (Al-Mariri & Safi, 2014). Intervensi keempat, lakukan massase kulit. Massase kulit dilakukan bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah pada daerah yang terluka

akibat tertekan terus menerus. Massase kulit juga dapat menghancurkan sisa-sisa pembakaran yang tertimbun (*myogelosis*) di otot sehingga menyebabkan pengerasan serabut otot serta memperlancar sirkulasi darah (Simanjuntak & Sirait, 2013). Kelima, lakukan alih baring setiap 2-3 jam sekali. Tujuan dari Alih baring ini untuk memperlancar peredaran darah. Intervensi tersebut dijelaskan pada teori yang mengatakan bahwa alih baring untuk memperlancar peredaran darah dan perubahan posisi lebih lanjut juga memungkinkan kulit yang tertekan terepose udara, sehingga kelembaban, temperature, dan pH kulit (*microclimate condition*) bisa dipertahankan dalam kondisi yang optimal (Simanjuntak & Sirait, 2013).

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan dari sebuah perencanaan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri (*independen*) dan kolaborasi (*dependen*). Tindakan mandiri merupakan tindakan yang berasal dari keputusan sendiri. Sedangkan, tindakan kolaborasi adalah tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Implementasi dilakukan dari hari jumat sampai minggu, tanggal 17-19 Februari 2017 sesuai dengan intervensi yang pertama, mengkaji luka dekubitus berdasarkan karakteristik luka yang dilakukan setiap hari pukul 09.00 WIB pagi hari. Pada masalah kerusakan integritas kulit yaitu mengkaji luka. Luka dikaji berdasarkan karakteristik luka tersebut. Pengkajian dengan tepat akan membantu dalam menentukan tindakan selanjutnya (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015). Mengkaji luka dengan karakteristik meliputi luas, kedalaman, karakter eksudat, ada tidaknya granulasi, ada tidaknya jaringan nekrosis, tanda-tanda infeksi, perluasan luka (Wilkinson & Ahern, 2011). Pada implementasi yang pertama didapatkan data subyektif yaitu keluarga pasien mengatakan terdapat luka dekubitus pada leher dan paha sebelah kanan dan data objektif yaitu kulit sekitar luka kemerahan (*eritema*) pada area paha, luka belum tertutup, sedangkan pada area leher berwarna merah, tidak terdapat *pus* (nanah)

pada area keduanya, turgor kulit kembali  $<2$  detik dalam batas normal, turgor kulit lembab, dan tidak adanya jaringan mati (nekrosis).

Kedua, memberikan lotion atau minyak seperti baby oil ataupun minyak kelapa pada area yang terluka. Memberikan lotion atau minyak dilakukan setelah melakukan perawatan luka setiap hari pukul 09.15 WIB pagi hari. Implementasi ini dilakukan bertujuan untuk menjaga kulit tetap terlumasi (Sunaryanti, 2014). Pada hal ini dianjurkan untuk memakai minyak kelapa dikarenakan dapat melindungi luka dari bakteri, debu dan virus serta mempercepat penyembuhan luka dengan memperbaiki jaringan tubuh yang rusak (Al-Mariri & Safi, 2014). Berdasarkan penelitian, minyak kelapa juga berguna untuk dijadikan pelembab alami yang digunakan untuk semua jenis kulit (Sunaryanti, 2014). Adapun juga penelitian yang menjelaskan tentang terapi minyak nigella sativa efektif untuk meningkatkan nilai resiko dekubitus (Mufarika, 2014). Dari implementasi yang kedua didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan tindakan pemberian lotion atau minyak dan data objektif yaitu memberikan lotion atau minyak pada area yang terluka. Area yang terluka yaitu leher dan paha sebelah kanan.

Ketiga, melakukan massase kulit. Massase kulit dilakukan pada area yang terluka maupun yang tertekan setiap pukul 09.30 WIB pagi hari. Hal ini bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah dan mencegah luka tekan yang belum terjadi luka. Pada implementasi yang ketiga ini didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan tindakan massase kulit dan data objektif yang didapatkan yaitu massase kulit ini dilakukan pada area yang terluka yaitu leher dan paha sebelah kanan serta pada area yang tertekan dan belum terjadi luka. Hal ini diperjelas dalam teori, massase kulit dan alih baring (reposisi) setiap 2-4 jam menunjukkan hasil yang efektif untuk mencegah luka tekan (Setiani, 2014). Massase kulit ini bertujuan dapat mereduksi penekanan jaringan (Simanjuntak & Sirait, 2013). Selain itu massase juga bertujuan untuk merangsang sirkulasi (Wilkinson & Ahern, 2011).

Keempat, melakukan Alih baring (reposisi). Alih baring (reposisi) dilakukan setiap 2-3 jam sekali pada pukul 10.00 WIB pagi hari. Alih baring (reposisi) bertujuan untuk pencegahan luka tekan yang berkepanjangan yang menjadi penyebab utama dekubitus dikarenakan terjadi iskemia jaringan lunak. Selain itu, alih baring dilakukan tanpa adanya gaya gesekan atau gaya robekan yang dapat merusak kulit karena aktivitas dapat meningkatkan sirkulasi (Barbara, Audrey, & Snyder, 2010). Pada umumnya, dekubitus dampak dari tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang sehingga berkurangnya sirkulasi darah dan mengakibatkan iskemik, hipoksia, dan berkembang menjadi nekrosis (Simanjuntak & Sirait, 2013) sehingga dilakukan massase dan alih baring. Mobilisasi yang dilakukan setiap 2-3 jam sekali dapat menurunkan risiko luka tekan (Setiani, 2014) sehingga dilakukan intervensi massase dan alih baring. Setelah dilakukan implementasi alih baring (reposisi) didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan mau melakukan anjuran dari perawat dan data objektif didapatkan data yaitu Alih baring (reposisi) dilakukan setiap 2-3 jam sekali, pasien tampak lemas dan dibantu dalam mobilisasi.

Kelima, melakukan perawatan luka dengan perawatan luka. Perawatan luka dilakukan setiap hari pukul 09.00 WIB atau 09.15 WIB pagi hari. Perawatan luka bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka (Mubarak, et. al, 2015). Adapun, untuk merawat luka serta dengan pemberian antiseptik dapat menjaga kontaminasi luka terhadap infeksi (Mubarak, et. al, 2015). Faktor-faktor yang mendukung tindakan perawatan luka yaitu adanya peralatan steril seperti kassa steril, gunting, pinset, spuit, dan kapas alkohol. Pada hal ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan pasien dapat bekerjasama saat tindakan berlangsung. Perawatan luka yang dilakukan menggunakan NaCl. NaCl ini berfungsi sebagai regulasi tekan osmosis dan pembentukan potensial listrik yang diperlukan dalam kontraksi otot serta penyampaian impuls saraf (Supriyatin, et. al, 2007). Setelah dilakukan perawatan luka selama

tiga hari, jika menggunakan NaCl dengan baik maka akan mempercepat penyembuhan dekubitus dibuktikan dengan hasil luka dekubitus pada leher panjangnya menjadi 2,5 cm, jaringan pada paha sebelah kanan memerah, tidak adanya luka yang meluas, tidak menunjukkan adanya tanda-tanda adanya *pus* (nanah), tidak muncul adanya jaringan mati (nekrosis) dan proses penyembuhan mulai membaik. Semua intervensi telah dilakukan penulis pada perawatan karena luka tersebut dapat meluas serta pada pencegahan luka dekubitus karena luka dapat muncul. Perawatan luka dekubitus dilakukan setiap hari pada waktu pagi hari sehingga dapat mencapai kriteria hasil.

### **3.2.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah akhir dari proses keperawatan untuk menemukan hasil tercapainya asuhan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Evaluasi membandingkan antara intervensi dan hasil dari implementasi keperawatan. Evaluasi selama tiga hari yaitu keadaan luka cukup membaik. hasil yang didapatkan ditandai adanya pengurangan panjang luka dari 3cm menjadi 2,5cm pada area leher, warna merah, tidak ada tanda-tanda munculnya *pus* (nanah), warna kemerahan pada paha sebelah kanan tidak berubah menjadi buruk, masih terlihat eritema, luka belum tertutup, dan pada area keduanya tidak muncul tanda-tanda luka meluas maupun jaringan mati (nekrosis). Hasil asuhan keperawatan akan mendapatkan hasil yang baik jika intervensi dan pelaksanaan (implementasi) dilakukan dengan tepat. *Assesment* (A) yaitu masalah pada kerusakan integritas kulit teratasi sebagian pada area leher yang mengalami pengurangan panjang luka dari 3 cm menjadi 2,5 cm dengan warna kuning, pada area paha warna masih kemerahan, luka belum tertutup dengan panjang 3cm lebar 2cm, masih terdapat bekas luka untuk keduanya serta tidak terdapat jaringan mati (nekrosis) untuk keduanya. *Planning* (P) yaitu lanjutkan intervensi seperti monitoring luka, perawatan luka, pemberian lotion atau minyak, lakukan massase kulit, ubah alih baring setiap 2-3 jam sekali.

## **4 PENUTUP**

### **4.1 Kesimpulan**

- 4.1.1 Hasil pengkajian yang didapatkan pada sistem integumen yaitu lokasi, luas, kedalaman, karakter eksudat, ada tidaknya granulasi, ada tidaknya jaringan nekrosis, tanda-tanda infeksi, perluasan luka. Selain itu, pemeriksaan yang menunjang seperti skala braden, hemoglobin dan albumin.
- 4.1.2 Penulis menegakkan diagnosa kerusakan integritas kulit pada Ny.W yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik).
- 4.1.3 Intervensi keperawatan dapat dilakukan semuanya oleh penulis seperti mengkaji luka, melakukan perawatan luka, memberikan lotion atau minyak seperti minyak kelapa pada daerah yang tertekan, melakukan massase pada kulit, melakukan alih baring tiap dua jam sekali.
- 4.1.4 Implementasi dari tindakan telah dilakukan semua, penulis tidak memiliki hambatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai intervensi.
- 4.1.5 Evaluasi masalah kerusakan integritas kulit teratasi sebagian pada area leher yang mengalami pengurangan panjang luka dari 3 cm menjadi 2,5 cm dengan warna merah, pada area paha warna masih kemerahan, luka belum tertutup dengan panjang 3cm lebar 2cm, masih terdapat bekas luka untuk keduanya serta tidak terdapat jaringan mati (nekrosis) untuk keduanya dan intervensi harus dilanjutkan seperti monitoring luka, perawatan luka, pemberian lotion atau minyak, lakukan massase kulit, ubah alih baring (reposisi) setiap 2-3 jam sekali.
- 4.1.6 Analisis terhadap perawatan luka pada Ny. W dengan Stroke yaitu terbukti mampu meningkatkan penyembuhan luka dan mencegah luka di tempat lain.

## **4.2 Saran**

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka penulis memberikan saran-saran antara lain:

### **4.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan perawatan luka dekubitus dapat sesuai dengan standar prosedur keperawatan seperti kesterilan alat dan langkah dalam perawatan luka baik secara steril maupun bersih. Perawat harus memonitor keadaan luka, proses penyembuhan luka setiap hari serta pemeriksaan darah dan pus secara rutin. Selain itu, tindakan farmakologi seperti kolaborasi dengan dokter seperti pemberian obat dan non farmakologi seperti perawatan luka, massase kulit, memberikan minyak pada area yang terluka, ubah dan alih baring (reposisi) pasien secara sering setiap 2-3 jam sekali, dapat dilakukan untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

### **4.2.2 Bagi Klien dan Keluarga**

Diharapkan klien dan keluarga dapat menjaga kebersihan lingkungan dan berpartisipasi dalam upaya perawatan kerusakan integritas kulit dengan terapi nonfarmakologi seperti massase, memberikan lotion atau minyak, ubah dan alih baring posisi pasien sehingga ketika klien di rumah maka keluarga dapat merawat keadaan luka tersebut.

### **4.2.3 Bagi Peneliti Lain**

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai acuan atau referensi dalam perawatan luka dekubitus pada pasien stroke. Selain itu, tindakan dapat dikembangkan sehingga dapat memberikan kriteria hasil yang lebih baik.

## **PERSANTUNAN**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT, yang telah melimpahkan rahmat, taufiq serta hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “UPAYA PERAWATAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN STROKE DI RSUD DR SOERATNO GEMOLONG”. Karya tulis ini disusun dan



dianjurkan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Program Diploma (D III) Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis dapat tersusun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Drs. Bambang Setiaji, selaku rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Bapak Dr.Suwaji, M.Kes, selaku dekan fakultas ilmu kesehatan.
3. Ibu Okti Sri Purwanti S.Kep, Ns, M.Kep, Ns, Sp.Kep. MB, selaku ketua program studi ilmu keperawatan.
4. Ibu Arina Maliya, A,Kep, M.Si. Med selaku sekretaris prodi keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Ibu Dian Hudiyawati S.Kep, Ns, M.Kep selaku pembimbing dan sekaligus penguji yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dorongan sampai terselesainya laporan ini.
6. Ibu Arina Maliya, S,Kep, Ns, M.Si. Med selaku penguji dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
7. Bapak Arief Widodo, A.Kep., M.Kes selaku pembimbing akademik yang selalu memberikan dorongan dan masukan kepada kita.
8. Segenap dosen Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
9. Direktur dan staf perawat RS dr. Soeratno Gemolong yang telah sabar memberi bimbingan dan memberi arahan kepada saya.
10. Kepada kedua orang tuaku terutama ibu serta keluarga yang selalu memberikan dukungan, motivasi, serta doa yang kalian berikan padaku sampai aku bisa berada di tahap ini.
11. Kepada sahabat-sahabatku Intan Pratiwi & Endang Tri Kurnianingsih yang selalu menemani dalam susah maupun senang dalam penulisan KTI ini

12. Kepada Saudara Muhammad Ajri Ana As'ad yang selalu berusaha membantu semampunya, memberikan dukungan, motivasi untuk tidak menyerah serta selalu menemani saat penulisan KTI.
13. Kepada teman-teman seperjuanganku selama tiga tahun menempuh pendidikan keperawatan D III di Universitas Muhammadiyah Surakarta.
14. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Oleh karena itu segala kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ini. Semoga karya tulis ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca umumnya.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyanti, D., Nurhaeni, N., & Eryando, T. (2012). Pengaruh Perawatan Kulit Berdasarkan Skor Skala Braden Q Terhadap Kejadian Luka Tekan Anak Di Pediatric Intensive Care Unit (PICU) RS Tugurejodan RS Roemani Semarang, Seminar Hasil-Hasil Penelitian, LPPM UNIMUS, ISSN : 978-602-18809-0-6. [Internet]. [cited 2017 Maret 13]. Available from : <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/505>.
- Al-Mariri, A, & Safi, M,. (2014). In Vitro Aktivitas Antibakteri Beberapa Ekstrak Tanaman dan Minyak terhadap Beberapa Bakteri Gram-Negatif. IJMS.
- Alrasyid & Misbach, J. (2016). *Komplikasi Medis dan Tata Laksana*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Barbara, K., Audrey, B., & Snyder, S. J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI. (2015). Riset Kesehatan Dasar.
- Bhoki, M, W., Mardiyono, & Sarkum,. (2014). Skala Braden dan Norton dalam Memprediksi Resiko Dekubitus. [Internet]. [cited 2017 Maret 13]. Available from : <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk/article/view/226>.

- Black, J. M., & Hawks, J. H. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bulechek, G, M., Butcher, H, K., Dochterman, J, M., & Wagner, C, M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Bahasa Indonesia edisi 9*. Jakarta: Pihak Pengawas ELSEVIER.
- Gardiner, L., Lampshire, S., & Biggins, A., et all. (2008). Evidence-Based Best Practice in Maintaining Skin Integrity, Wound Practice and Research, 2(16), 5-15.
- Mubarak, W, I., Chayatin, N., & Susanto, J. (2015). *Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan: Konsep dan Aplikasi dalam Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W, I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mufarika. (2015). The Impact Of Using Nigella Sativa Oil On Pressure Sores Patients For Risk Reduction Of Consciousness. In: The Proceeding Of 7th International Nursing Conference: Global Nursing Challenges in The FreeTrade Era, 8-9 April 2016, Surabaya. [Internet]. [cited 2017 Maret 28]. Available from : <http://www.ners.unair.ac.id>.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M, L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification Edisi (NOC) Bahasa Indonesia edisi 9*. Jakarta: Pihak Pengawas ELSEVIER.
- NANDA. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Nasution, LF,. (2013). Stroke Non Hemoragik Pada Laki-laki Usia 65 Tahun, Medula, 3(1): 1-9.
- Potter, P. A., & Perry, A.G,. (2009). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta : Salemba Medika.
- Rachmawati, E. (2007). Masa Produktif Tanpa Stroke. [Internet]. [cited 2017 Maret 13]. Diakses pada [www.kompas.com/kesehatannews/0507/13/075723.htm](http://www.kompas.com/kesehatannews/0507/13/075723.htm).
- Setiani, D. (2014). Efektivitas Massage dengan Virgin Coconut Oil Terhadap pencegahan Luka Tekan di Intensive Care Unit, Jurnal Husada Mahakam, 3(8), 389-442.
- Simanjuntak, C., & Sirait, M,. (2013). Pengaruh Merubah Posisi dan Massase Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka

- Dekubitus di Zaal F RSUD HKBP Baliage, Jurnal Keperawatan HKBP Baliage, 2(1), 117-125.
- Sunaryanti, B. (2014). Pencegahan Dekubitus dengan Pendidikan Kesehatan Reposisi dan Minyak Kelapa, Profesi, 12, 58-64.
- Supriyatin, Saryono, & Latifah, L,. (2007). Efektifitas Penggunaan Kompres Metronidazole dan NaCl 0,9% terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetik Di RSUD Margono Soekarjo Purwokerto, Jurnal keperawatan Soedirman, 2(1), 11-16.
- Tarirohan, D, E, T, A, U., Sitorus, R., & Sukmarini, L. (2010). Penurunan Kejadian Luka Tekan Grade I (Non Blanchable Erythema) Pada Klien Stroke Melalui Posisi Miring 30 Derajat, Jurnal Keperawatan Indonesia, 3(13), 181-186.
- Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wilkinson, J, M., & Ahern, R. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosa NANDA , Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.